

UNA PROPOSTA DI CONTRATTO TERAPEUTICO E GUIDA ALL'OSSERVAZIONE IN TERAPIA PSICOMOTORIA

A proposal of therapeutic contract and guide to observation in psychomotor therapy

FABIO COMUNELLO¹, ERALDO BERTI², PAOLA SAVINI³,

Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (2000), vol. 67: 745-756

Edizioni Borla, Via delle Fornaci 50, 00165 Roma

Riassunto

Il protocollo di contratto terapeutico per la terapia psicomotoria e la guida all'osservazione intendono attenersi alle ultime disposizioni legislative per la stesura di un progetto riabilitativo. Il protocollo prevede che tutte le fasi siano chiaramente definite, conosciute da tutti gli attori compresi il paziente e/o i familiari, e che siano formalizzate in apposite schede. Il contratto è suddiviso in quattro fasi: *l'analisi del caso*, *l'osservazione*, *il progetto psicomotorio* e le *verifiche*. Esso prevede procedure diverse fra lo/la psicomotricità che lavora in équipe e il libero professionista. La guida all'osservazione rileva le potenzialità e le abilità residue del bambino, non ciò che non sa o non sa fare. Essa è divisa in quattro sezioni: le *competenze* (motorie, linguistiche, cognitivo-relazionali, grafiche); le *caratteristiche* in termini di azioni, uso dello spazio, del tempo, del tono delle posture, del movimento, degli oggetti, della voce; *l'interazione*, che sposta l'ottica dall'osservazione del bambino a ciò che accade fra bambino e terapeuta; una *sintesi* dell'osservazione per la stesura del progetto psicomotorio.

¹ psicologo, direttore tecnico del Centro educativo riabilitativo sanitario "Villa Maria" di Vigardolo (VI)

² formatore e semiologo, Chiuppano (VI)

³ terapeuta della psicomotricità e coordinatrice presso il Centro educativo riabilitativo sanitario "Villa Maria" di Vigardolo (VI)

Il contesto normativo

Da qualche tempo la comunità scientifica si sta ponendo il problema di come valutare l'efficacia delle molte metodologie che si propongono nel campo della riabilitazione. Poiché la costruzione di questo processo valutativo è all'inizio, è opportuno individuare alcuni parametri che fissino le condizioni minimali perché una metodologia riabilitativa possa essere considerata tale.

Questo principio è stato ribadito dal documento presentato dalla commissione *Preso in carico e riabilitazione: i percorsi della riabilitazione per la qualità della vita*, coordinata dal prof. Levi alla "Prima Conferenza Nazionale sulle Politiche dell'Handicap" (dic. 1999). Il documento infatti precisa: "Per permettere un salto di qualità nella presa in carico e negli interventi di riabilitazione, è importante la diffusione su tutto il territorio nazionale di una metodologia capace di abbracciare la globalità delle condizioni socio-sanitarie i cui capisaldi sono:

percorsi diagnostici in sintonia con le classificazioni internazionali (e in questo contesto particolare significatività assume la nuova ICDH-2...;

la definizione di **programmi riabilitativi personalizzati** attraverso l'utilizzo di **sistemi di accertamento e valutazione delle abilità e delle potenzialità; la verifica** del raggiungimento degli **obiettivi** prefissati e della **qualità** degli interventi attuati".

Alcune associazioni di categoria si stanno impegnando in questo senso con una analisi delle procedure operative attuate dai propri soci per garantire almeno protocolli omogenei e controllati. Anche l'ANUPI (Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani), istituendo a tale scopo un gruppo di studio, ha avviato una approfondita analisi delle modalità di presa in carico e di osservazione, per dotarsi di strumenti operativi utili a definire un percorso riabilitativo coerente e rispondente alle esigenze degli stessi psicomotricisti, dei pazienti e dei loro parenti.

Ciò tenendo conto del fatto che la Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 7 maggio 1998, ha licenziato un documento che definisce le Linee Guida per attivare una rete dei servizi di riabilitazione e di interventi di assistenza riabilitativa sul territorio". Per "riabilitazione" esso intende "il complesso di interventi orientati a contrastare gli esiti dei deficit, a sostenere il raggiungimento di livelli massimi di autonomia fisica, psichica e sociale, a promuovere il benessere psichico e la più ampia espressione della vita relazionale e affettiva".

In quest'ottica, come specifica il documento della Regione Veneto sull'interpretazione delle Linee Guida⁴, "l'appartenenza del soggetto in trattamento alla fascia d'**età evolutiva** rappresenta un fattore che di per sé implica, sia in fase intensiva che estensiva, una **particolare specificità del programma individualizzato** di recupero funzionale... Per il soggetto in età evolutiva, tanto più e piccolo, la questione si pone in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile".

Si pone allora il problema di una diversa concezione del rapporto terapeutico che non può più appoggiarsi sulla vecchia definizione di ri-abilitazione, che ha il senso di "restituire integro", "rendere ancora abile" perché, per il bambino, non si tratta di recuperare abilità che ha mai posseduto, ma di svilupparne le capacità e le potenzialità. Ciò significa focalizzare e intervenire su ciò che il bambino ha e sa e non ciò che non ha e non sa.

Si tratta di una scelta che esclude il modello di riferimento del bambino sano cui tendere e che, nella maggioranza dei casi, è irraggiungibile. Si vuole invece sottolineare come ogni bambino affetto da qualche "menomazione" interpreti la propria disabilità, e soprattutto il proprio svantaggio culturale, in modo originale, e che quel bambino con quella specifica patologia in quello specifico contesto storico, culturale, sociale va osservato, diagnosticato, valutato e inserito in un progetto generale di **abilitazione** che comprenda una serie di programmi ed interventi specifici.

Quest'ottica cambia radicalmente il senso dell'agire delle persone coinvolte in un progetto **abilitativo** perché esso consisterà in un lavoro di facilitazione per far emergere le capacità e idoneità residue. Solo così potrà essere costruito un vero progetto personalizzato. Inoltre, quest'ottica è eticamente più corretta nei confronti di quei genitori che coltivano l'illusione, spesso figlia del rifiuto, di riavere un domani il loro figlio restituito alla normalità.

Aumentare il grado di consapevolezza e comunicabilità delle intenzioni ed azioni del/della terapeuta della psicomotricità è un obiettivo che l'ANUPI persegue non solo per renderne più attendibile l'operato, ma anche per interpretare in modo adeguato la normativa vigente in materia di riabilitazione, che sta mutando l'ottica e l'etica dei metodi e dei processi riabilitativi. Le Linee Guida del Ministero della Sanità offrono uno strumento finalmente adeguato, oltre che autorevole, a quanti sono interessati alle strategie dei processi riabilitativi.

Innanzitutto il documento afferma: "si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni elaborate dall'equipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile". Inoltre, le Linee Guida dichiarano che il progetto deve tener conto in maniera globale dei bisogni e delle

⁴ "Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione ospedalieri, residenziali, distrettuali e residenziali", delibera Giunta Regionale 1/2/2000, n° 253.

preferenze del paziente e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili. Sottolineano come le problematiche del paziente non debbano necessariamente essere quantificate, ma che se ne possa dare una descrizione in termini qualitativi e generali. Oltre a definire il ruolo dell'equipe riabilitativa, il progetto deve essere comunicato a tutti gli operatori coinvolti e, in modo comprensibile e appropriato, al paziente e ai suoi familiari.

Successivamente il documento specifica che, all'interno del progetto riabilitativo, il *programma riabilitativo* deve definire le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. In particolare:

definisce le modalità di presa in carico da parte della specifica struttura dell'area riabilitativa; definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico; individua e include gli obiettivi immediati e/o gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi; definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure e il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito; individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;

viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico; costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Ci sembra che le Linee Guida confermino e concordino con la filosofia che sostiene la terapia psicomotoria. Essa infatti si propone come terapia della globalità, termine spesso abusato ma che ben si riferisce ad un progetto terapeutico che vuol tener conto "in maniera globale" dei bisogni del paziente. Lo stesso dicasi per l'attenzione richiesta dal documento alle "abilità residue e recuperabili". Infatti, la terapia psicomotoria, pur riconoscendoli, non mira al deficit e al sintomo, ossia non si rivolge a ciò che manca nel bambino ma a ciò che il bambino sa e fa, di qualunque livello sia questo fare, in funzione di un ampliamento delle sue competenze. Così l'osservazione che proponiamo vuole essere una descrizione in termini qualitativi e non quantitativi degli aspetti del bambino come è proposto dalle Linee Guida.

Il documento indica la necessità di procedere con rigore nella definizione di un progetto riabilitativo così come chiede che gli specifici programmi riabilitativi (come quello di terapia psicomotoria) non siano vaghi o generici, ma precisi, dichiarati e comprensibili a tutti. A conferma e ulteriore specificazione di ciò il documento della Regione Veneto per l'attuazione delle Linee Guida afferma:

"Occorre quindi verificare il bisogno specifico che deve diventare oggetto dell'intervento riabilitativo, sul quale e per il quale bisogna lavorare. [...] Ed è a questo punto che non si deve

cadere nell'ingenuo apparentamento rappresentato da disabilità/intervento specifico come ad esempio, disturbo dello sviluppo linguistico/logopedia, disturbo dello sviluppo motorio/kinesiterapia. in quanto, ad esempio, può sussistere alla base della dinamica disevolutiva un problema di tipo cognitivo o emozionale e in tal caso l'intervento riabilitativo deve essere più ampio e comprendere tutta la sfera del cognitivismo (riabilitazione neuropsicologica accanto alla riabilitazione logopedica) e/o della relazione (psicoterapia, psicomotricità, sostegno psicologico sono in questo caso interventi riabilitativi essenziali)".

Il contratto terapeutico psicomotorio

Il gruppo di studio dell'ANUPI si è soffermato sull'analisi delle operazioni concernenti la definizione e il mantenimento di un rapporto terapeutico, operazioni riassunte sotto la definizione di **"presa in carico"**. "Prendere in carico" è un'espressione che ha il significato di "prendersi cura", "seguire" "sostenere", ma può al tempo stesso assumere il valore di "peso", "onere" e, soprattutto, veicola una concezione del rapporto terapeutico che prevede due ruoli ben distinti: il ruolo attivo di chi è impegnato a curare e il ruolo passivo di chi è curato e "pazienta", di chi decide e di chi può solo accettare. Ciò favorisce percorsi terapeutici rigidi e predefiniti, con un processo comunicativo del tipo comando-esecuzione, nel quale il compito del paziente è appunto solo quello di esecutore, e quello dei genitori o parenti è di attesa e di accettazione non informata e acritica.

Ciò è in contrasto con la concezione partecipata del processo riabilitativo come risulta dai documenti citati, in cui i vari attori, pur nella specificità dei ruoli, condividono informazioni, mantengono coesione e sinergia, e il paziente non è solo oggetto, ma anche soggetto del progetto terapeutico.

Perciò, pur riferendoci al solo intervento psicomotorio, preferiamo e proponiamo l'espressione "contratto terapeutico". Essa implica degli attori che stringono alla pari un accordo chiaro e definito, finalizzato al raggiungimento di un obiettivo comune. Accordo di cui sono precisati gli atti, le condizioni e le modalità formalizzate e accettate dalle parti. Oltretutto la chiarezza e la condivisione dei metodi, dei passaggi e degli obiettivi concorre alla realizzazione dell'alleanza terapeutica.

Analizzando diverse modalità di presa in carico, è stato elaborato un **protocollo per la definizione di un contratto terapeutico** che ha lo scopo di individuare le procedure minime perché ci sia chiarezza e correttezza nell'elaborazione di un progetto terapeutico. Il protocollo è calibrato sulla figura professionale dello/della psicomotricista che deve essere cosciente delle mansioni che le competono e a conoscenza delle operazioni che devono essere realizzate dagli

altri operatori componenti un'equipe multiprofessionale. Qualora lo/la psicomotricista sceglie invece la strada della libera professione, la necessità di tutelare e tutelarsi seguendo una modalità di presa in carico diventa ancor più rigorosa. Per questo abbiamo ipotizzato un secondo percorso che faccia emergere dati per lui/lei significativi

La formulazione del protocollo si basa su alcuni principi guida::

le procedure devono essere a conoscenza di tutti gli attori del progetto, che devono tenersi informati fra di loro sulle modalità operative che ciascuno intende utilizzare. I pazienti, quando sia possibile, e i genitori devono essere messi al corrente su ogni procedura adottata e quindi informati su ciò che accade;

ogni operatore deve definire quale sia il suo ruolo e in particolare quale compito gli è stato affidato o intende assumere. Il ruolo e la specificità delle funzioni devono essere tutelati;

le varie fasi operative vanno documentate in modo che rimanga traccia evidente dei passaggi effettuati e sia possibile in ogni momento una ricostruzione degli accadimenti della storia terapeutica;

la scansione dei tempi di realizzazione del progetto deve essere il più possibile definita;

il protocollo deve essere uno strumento operativo e non solo formale e di coinvolgimento dei parenti;

Il protocollo è suddiviso in quattro fasi:

l'analisi del caso in cui lo/la psicomotricista riceve delle informazioni dall'inviante (neuro-psichiatria, psicologo o pediatra) e poi procede autonomamente al primo incontro coi genitori, in cui fisserà le modalità di svolgimento dell'osservazione;

l'osservazione per rilevare informazioni utili alla specificità dell'intervento psicomotorio. Essa può assumere diverse forme: **diretta e partecipata** in cui lo/la psicomotricista interagisce col bambino, **diretta non partecipata** in cui lo/la psicomotricista è a contatto col bambino ma non interagisce con lui; **differita** in cui lo/la psicomotricista analizza la videoregistrazione di una o più sedute precedenti;

il progetto psicomotorio in cui si individuano la tipologia dell'intervento (ad es. individuale o di piccolo gruppo), le modalità d'intervento, gli obiettivi, i tempi delle verifiche. Il progetto psicomotorio concorre alla formulazione di un progetto generale che verrà proposto ai genitori per una loro condivisione da un coordinatore che sarà il referente per tutta la durata del progetto stesso;

le verifiche che saranno effettuate secondo i tempi prefissati nel progetto. Esse possono essere fatte con una o più dei seguenti soggetti: i membri di un eventuale gruppo di lavoro interprofessionale, i genitori, altri operatori coinvolti nel progetto, un supervisore. Le verifiche

possono riguardare: il rapporto col bambino e le sue problematiche, il modo di conduzione delle sedute, l'aderenza o lo scostamento dalle linee del progetto.

Riteniamo che tutto ciò sia molto importante nel definire il rapporto con i genitori di un bambino, che si accingono ad iniziare un percorso il quale, se non potrà essere predefinito con precisione millimetrica, non dovrà essere per loro un'incognita assoluta. Questi principi sono stati chiaramente esposti nel documento finale redatto dalla Commissione per la Riabilitazione Pediatrica istituita con decreto del Ministro della Sanità del 26/5/1997. In esso, fra l'altro, si afferma:

“La famiglia deve essere coinvolta in tutte le decisioni che riguardano il progetto riabilitativo del figlio. In particolare, gli obiettivi e la qualificazione del tempo del bambino devono essere definiti con il consenso informato dei familiari”. La partecipazione attiva dei familiari “crea un sistema affettivo-sociale che consente un continuum tra il bambino e il processo terapeutico, riducendo il rischio di frammentazione degli interventi; [...] informa e rassicura i genitori, li rende consapevoli dei microcambiamenti del bambino e li aiuta a riconoscerli come progressi, ad avere fiducia nella modificabilità strutturale e funzionale del figlio, e a partecipare creativamente a tale processo”.

Per questi motivi nella nostra proposta di protocollo è stata data importanza alla definizione del rapporto con i genitori che devono essere considerati dei compartecipi il processo riabilitativo e non semplici terminali di un'azione svolta. Due sono gli strumenti operativi proposti per definire e formalizzare la partecipazione dei genitori:

il **diario di psicomotricità** che ha proprio la funzione di chiarire il tipo di contratto che si intende sottoscrivere, definendo ruoli, obiettivi e modalità di partecipazione di tutti gli attori;

una **proposta di osservazione** proiettata all'esterno della stanza di terapia (**Il bambino nella vita di tutti i giorni**) che è parte integrante del diario.

L'utilizzo di questi strumenti da parte dei genitori in collaborazione con lo/la psicomotricista ha due scopi essenziali:

procedere ad un'analisi e verifica della situazione del bambino in un contesto più ampio dove dovrebbero evidenziarsi i risultati del progetto riabilitativo;

confrontare a distanza di tempo i piccoli-grandi progressi che si verificano nel corso dell'intervento terapeutico e che spesso non sono percepiti dai genitori o sono relegati sullo sfondo dei dati di fatto anche dal/dalla terapeuta

Oltre a ciò, il gruppo di studio dell'ANUPI ha avvertito la necessità di elaborare una guida all'osservazione proprio in funzione di una stesura più adeguata del progetto e di un controllo puntuale e verificabile del processo terapeutico. L'osservazione occupa un ruolo fonamen

tale nel processo di conoscenza del bambino, nelle operazioni di verifica dell'andamento del progetto e nella presa di coscienza delle modalità relazionali e operative della psicomotricista. Inoltre, se la stesura di una diagnosi «deve implicare una descrizione fenomenologica dei disturbi osservati in modo che la sua formulazione appaia come strumento di comunicazione» (Lebovici 1990, p. 580), ci pare che un'osservazione psicomotoria dettagliata e precisa possa concorrere a definire un profilo diagnostico più organico e completo.

La nostra ricerca può creare l'opportunità di riflettere sulla confrontabilità dei dati raccolti tramite procedure condivise e gettare le basi per costituire una banca dati delle patologie trattate in terapia psicomotoria. Se ciò avverrà, si potrà sostenere la specificità psicomotoria non solo tramite definizioni teoriche, ma anche con il confronto sui casi e la rilevazione di dati omogenei che, ad esempio, definiscano i tratti psicomotori di determinate patologie. Inoltre disporre di un protocollo per la presa in carico e di una guida all'osservazione specifici concretizza la possibilità di dialogare con altri operatori impegnati nello stesso progetto riabilitativo attraverso un programma integrato.

L'osservazione

Il tema dell'osservazione è diventato centrale nella riflessione epistemologica specialmente delle scienze umane. È ormai pacifico che non esiste osservazione “oggettiva” come separazione fra osservatore ed osservato e mera raccolta di dati esistenti di per sé e indipendenti da qualunque atto osservativo. È invece ormai accettato che l'osservatore sia interno al campo di osservazione, cioè che osservatore ed osservato formino un unico sistema e che, mutando contesto od osservatore, ci sia una pluralità di descrizioni ugualmente accettabili.

Questo significa passare dalla concezione positivista alla concezione che considera l'osservazione come “fascio di relazioni fra osservatore ed osservato, l'atto osservativo e la teoria che lo presiede, l'atto osservativo e lo scopo dell'osservazione, uno stesso atto osservativo e teorie e scopi diversi a cui può rinviare” (Berti, Comunello 1995, p. 18). Ossia la descrizione osservativa appartiene al dominio cognitivo dell'osservatore ed è la costruzione di un mondo grazie ad un determinato linguaggio: “Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore” (Maturana, Varela, 1980, p. 53).

Di conseguenza ogni descrizione dell'osservato è contemporaneamente anche una descrizione dell'osservatore, delle sue teorie e scopi, impliciti o espliciti (cfr. von Foerster 1982) per cui viene a cadere la distinzione classica fra descrizione e interpretazione dei dati. La loro scelta, organizzazione e formulazione linguistica sono già un'interpretazione. e ciò che è chiamato

dato descrittivo lo è non per sua natura ma per accordo intersoggettivo che sceglie di considerarlo come punto di partenza.

Vi è stato anche un mutamento circa l'oggetto di osservazione a partire dallo studio dello sviluppo infantile: dall'osservazione del bambino all'osservazione della diade madre-bambino (cfr. Schaffer 1973, 1984, 1990, Stern 1979, 1987). Infatti, madre e bambino “costituiscono un sistema aperto autoregolantesi, cioè un sistema capace di autocorreggersi rispetto agli scopi e di scambiare informazioni sia al proprio interno che all'esterno e in cui entrambi i partner si influenzano reciprocamente in risposta ai *feedback*” (Ugazio 1984, pp. 26-27). Vale a dire che molte delle funzioni tradizionalmente considerate come proprietà dell'individuo e quindi studiate solo in riferimento all'infrasoggettivo, in realtà si svilupperebbero in un contesto intersoggettivo, cioè come frutto di processi interpersonali.

L'osservazione che proponiamo riguarda non solo il bambino, ma anche l'interazione bambino-psicomotricista perché l'interazione presenta delle modalità che non sono semplicemente la somma dei comportamenti degli attori, ma sono qualità emergenti proprie dell'interazione in quanto sistema (cfr. Morin 1983, 1987). Inoltre, le azioni e le risposte del bambino non possono essere fatte risalire solo alla sua patologia, ma dipendono anche dalle proposte e risposte del/della psicomotricista. Ma poiché l'osservatore è lo/la stessa psicomotricista, questo è anche un tentativo esplicito di autodescrizione, ossia è un'auto-osservazione quale forma di autocontrollo del proprio agire che induce quelle determinate risposte nel bambino.

La descrizione linguistica, ossia la traduzione delle azioni reali in azioni di “carta” pone però dei problemi perché il linguaggio si presta bene a descrivere e a comunicare **ciò** che è accaduto, ma non **come** è accaduto. Il passaggio fra sistemi semiotici molto diversi, dall'analogico al digitale, causa l'impossibilità di tradurre certi significati e la perdita di molte sfumature perché non sono verbalizzabili.

Oltre a ciò la difficoltà consiste nel dare il nome giusto agli accadimenti corporei percepiti, nell'individuare gli elementi identificativi di ogni accadimento corporeo e quindi nel tracciare confini fra accadimenti diversi. Quando l'azione “mettere il piatto sulla tavola” cessa di essere tale e diventa “sbattere il piatto sulla tavola”? La differenza nell'attribuzione di significato implica attribuire intenzioni e scopi diversi, dare risposte diverse e quindi qualificare in modo diverso l'interazione.

Queste difficoltà si accrescono quando si tratta di descrivere non più le azioni, ma la qualità dell'interazione. Infatti, se la lingua possiede una semantica ampia per descrivere le azioni del singolo, è invece molto carente di termini non connotativi per quanto riguarda le caratteristiche del rapporto in quanto tale. Per questo spesso si è costretti ad utilizzare termini che si rife

riscono alternativamente all'uno o all'altro degli attori come “chiede/risponde”, “propone/accetta” (cfr. Schaffer 1984, pp. 28-29).

Sia per superare parzialmente questa difficoltà intrinseca della lingua sia per essere coerenti con la scelta di descrivere anche l'interazione, alcuni item sono ripetuti identici per la psicomotricista e per il bambino, altri sono formulati in modo da rilevare le caratteristiche temporali dell'interazione (ad. esempio: varietà, alternanza, durata).

Sempre per queste ragioni, nella formulazione degli item, abbiamo ricercato un linguaggio *basic* che fosse il più denotativo ed il meno connotativo possibile. Il livello *basic* non significa il livello più dettagliato, ma quello che permette di stendere e capire la trama dell'interazione nel modo più semplice, coerente e facilmente rappresentabile e quindi si prestasse a letture univoche da parte di osservatori diversi.

Esso “è il livello più alto in cui una singola immagine mentale può riflettere un'intera categoria [...] è il più alto livello in cui una persona usa programmi motori simili per interagire con i membri di una categoria [...] È il livello nominato e capito per primo dai bambini [...] È il livello in cui i termini sono usati in contesti neutri” (Lakoff 1987, p. 46). Per questo si sono evitati termini come “memoria”, “fusionalità”, “regressione”, “aggressività”, “inibizione” ecc. perché sono termini troppo generali, altamente interpretativi e sui quali più difficile è l'accordo fra osservatori diversi. Casomai l'aggressività ecc. saranno il risultato del percorso interpretativo dell'insieme delle descrizioni delle azioni.

Queste sono le premesse teoriche generali che presiedono alla stesura di una guida all'osservazione in terapia psicomotoria. Ma poiché, come già detto, ogni osservazione parla dell'osservatore oltre che dell'osservato, è opportuno esplicitare altre scelte teoriche e metodologiche più specifiche che guidano l'impianto di questa guida. Il congresso dell'ANUPI tenutosi a Napoli nel novembre 1997 ha definito che lo specifico della terapia psicomotoria è l'azione, configurandosi quindi come una terapia dell'azione attraverso l'azione (cfr. l'art. *Una concezione della terapia psicomotoria* in questo numero).

Gli/le psicomotriciste intervengo sull'azione e sui suoi modi che sono una miscela dei parametri specifici della terapia psicomotoria: l'uso attento del tempo e dello spazio, delle posture, del tono muscolare, degli oggetti, della voce (cfr. Berti, Comunello, Nicolodi, 1988, pp. 43-106). È sui modi che si contratta e si discute circa il significato di un'azione, sono i modi che costituiscono il tessuto dell'interazione e ne veicolano i significati emotivi e affettivi (cfr. ad es. gli affetti vitali ed il processo di sintonizzazione in Stern 1985).

Il concetto di azione percorre sia la scelta e l'organizzazione degli item proposti sia la loro formulazione linguistica, ed è presente anche quando gli item riguardano i passaggi posturali

e la motricità di base considerati non dal punto di vista dell'organizzazione neuromotoria ma già come azione, possibilità e progetto di cambiamento nell'interazione col mondo esterno. Poiché storicamente gli psicomotricisti italiani fanno riferimento ad approcci teorici, cioè a schemi interpretativi diversi, ma nella conduzione della terapia utilizzano sostanzialmente gli stessi parametri, uno scopo di questa guida è l'elaborazione di un linguaggio specifico della psicomotricità e non mutuato da altri approcci terapeutici ma, al contempo, un linguaggio traducibile e confrontabile con i linguaggi di altre discipline. Se non si parte da un livello descrittivo condiviso, i diversi percorsi di lettura non sono confrontabili, e quindi non si può dimostrare che uno sia più produttivo dell'altro. Questo non significa ricadere nella posizione positivista dell'osservazione come raccolta di dati "oggettivi". Significa invece esplicitare le proprie premesse teoriche e metodologiche e, in base a queste, formulare un linguaggio che, per accordo intersoggettivo viene definito "descrizione".

Le sezioni della guida all'osservazione

L'osservazione è quindi non solo una fase preliminare del contratto terapeutico, ma anche parte integrante e continuativa del progetto. Entrando più nello specifico della guida, essa è suddivisa in tre sezioni: **competenze del bambino, caratteristiche del bambino, l'interazione terapeutica** e una **sintesi** finale. Anche la suddivisione corrisponde alle scelte teoriche e metodologiche già illustrate.

Le competenze

La non aggressione al sintomo è una caratteristica sia teorica che metodologica tipica della terapia psicomotoria. Individuare i livelli delle competenze significa proprio non focalizzare i deficit, ma ciò che il bambino sa e fa, cioè utilizzare le sue produzioni, di qualunque livello siano, come strumenti dell'interazione e basi da cui partire per facilitare lo sviluppo delle potenzialità e quindi il miglioramento del suo rapporto con la realtà esterna. Perciò si è scelto di iniziare proprio dalle competenze.

La sezione, a sua volta, è suddivisa in: **competenze motorie, linguistiche, cognitivo-relazionali e produzione grafica** che abbiamo preferito chiamare **le tracce del movimento proprio** per focalizzare il processo e accentuarne l'aspetto di azione. Ma la descrizione delle competenze, cioè il "che cosa" il bambino sa fare, fornisce un profilo ancora troppo generico non permettendo di distinguerlo da un altro bambino con competenze simili, e, se può suggerire al terapeuta dove intervenire, non gli può certo suggerire il come intervenire.

Le caratteristiche

Sono le caratteristiche che permettono di tracciare un profilo individualizzato del bambino e suggeriscono come intervenire. Esse riguardano i modi con cui egli utilizza le proprie competenze per esprimersi e rapportarsi con l'altro ed il mondo esterno. Riteniamo che in questa sezione, ancor più che in quella sulle competenze, emerga la specificità osservativa, e quindi operativa, dello/della psicomotricista con la sua particolare attenzione sia agli aspetti minimali che globali del comportamento del bambino quali possibili indizi di stati emotivo-affettivi, della qualità della relazione e dello stato del processo terapeutico.

Focalizzare le caratteristiche delle azioni del bambino significa comprendere come egli attui le proprie competenze, ossia quale è la qualità delle sue azioni in termini di uso dello spazio, del tempo, del tono muscolare, dell'assetto posturale, dell'uso degli oggetti, del movimento cioè secondo le categorie tipiche dell'intervento psicomotorio. Significa inoltre rilevare la concatenazione delle sue azioni sia da solo che nell'interazione in termini di durata, ripetitività, variazione, modifica, consequenzialità, adeguamento, ecc. Questo fornisce informazioni sia sulle sue capacità cognitive e progettuali sia sulle sue modalità relazionali. In sintesi, significa non identificare quel bambino specifico con il quadro diagnostico della sua patologia, ma tracciare un profilo di come egli ha "interpretato" la propria patologia.

Perciò questa sezione è costruita a piramide: dalle qualità più specifiche che riguardano le modalità d'uso delle categorie psicomotorie, alle qualità delle azioni in termini di durata, ripetitività, variazione, modifica, consequenzialità, coerenza, adeguamento, ecc., ai tipi e modalità di gioco e di produzione grafica. Questo per tracciare un profilo di bambino che sia, al contempo, il più specifico ed il più unitario possibile, e che dia il maggior numero di informazioni possibili, sia particolari che globali, per stendere, verificare o modificare il progetto terapeutico.

L'interazione

La sezione che riguarda l'interazione terapeutica, è il tentativo di dare parola allo spostamento di ottica: dall'osservazione del singolo a quella della diade bambino-psicomotricista. Poiché l'interazione ha una durata più lunga della singola azione, la descrizione delle sue qualità si pone ad un livello descrittivo più generale, e quindi necessariamente più interpretativo, degli item che riguardano le competenze o le caratteristiche. Un conto è descrivere se, come e quando il bambino guarda ed un conto è descrivere i cambiamenti continui di proposte. Nel primo caso l'accordo fra osservatori diversi è molto facile, nel secondo caso è più complesso perché significa avere già effettuato implicitamente un confronto fra diverse azioni o propo

ste, essere d'accordo sulla scansione temporale e quali siano i cambiamenti considerati rilevanti.

Come si vede, è impossibile non interpretare, e più si sale dal particolare al generale più cresce il livello di astrazione e quindi di interpretazione. La sezione è suddivisa in quattro parti: **l'incontro** col bambino in sala d'attesa, la **parte iniziale** della seduta, quella **centrale** e il **distacco**. Abbiamo incluso anche l'incontro in sala d'attesa, anche se tecnicamente non fa parte della seduta, perché siamo convinti che la funzione terapeutica inizi fin da questo primo momento e l'incontro in sala d'attesa è l'unico tempo in cui lo/la psicomotricista può osservare direttamente il rapporto del bambino col mondo esterno alla stanza di terapia, in particolare con il genitore.

La distinzione fra parte iniziale, centrale e finale della seduta volutamente non è specificata perché troppe sono le variabili e sfumature in gioco nelle varie interazioni. È lasciato perciò allo/alla psicomotricista rilevare se e come c'è una distinzione fra i diversi momenti della seduta. Né sono indicate le specifiche tecniche osservative con cui rilevare i dati. Infatti, come si è già detto, l'osservazione può essere **diretta partecipante, diretta non partecipante e differita**.

Ognuna di queste tecniche ha dei vantaggi e svantaggi rispetto alle altre. Ad esempio, l'osservazione partecipante permette di rilevare certe variazioni del tono muscolare altrimenti difficilmente percepibili; l'osservazione non partecipante permette una visione d'insieme del bambino che può mancare in quella partecipante; l'osservazione differita al videoregistratore, proprio per la possibilità di rivedere e rallentare le immagini, consente di percepire elementi secondari o troppo veloci e di connettere meglio i dati in una ipotesi di senso. Pertanto crediamo che per una migliore rilevazione dei dati sia opportuno utilizzare più di una di queste tecniche osservative.

La sintesi

Una guida dettagliata all'osservazione comporta però il rischio della dispersione, ossia la difficoltà di connettere la massa dei dati in un profilo unitario e preciso del bambino e fornire le linee guida del progetto terapeutico cioè le aree ed i modi di intervento. Per questo, al termine della guida, abbiamo proposto una sintesi dell'osservazione. In quanto sintesi, essa si pone non più a livello descrittivo bensì interpretativo, organizzata sotto alcuni titoli generali: **struttura sensomotoria, discriminazione e memoria, adeguamento, comunicazione e relazione**.

Per la compilazione di ciascun titolo sono indicate le sezioni e sottosezioni della guida da cui prelevare i dati. In quanto pensati per condensare e interpretare i dati osservativi e tracciare un

profilo di quello specifico bambino, i diversi titoli possono essere compilati solo in maniera narrativa.

Abbiamo anche ritenuto opportuno proporre, per ciascun titolo, una serie di **obiettivi** possibili, di ordine e complessità diversi, derivabili direttamente dalla sintesi e dagli item della guida. Ad esempio, per quanto riguarda la struttura sensomotoria, gli obiettivi possono essere l'organizzazione del movimento in termini di equilibrio, coordinazione e velocità, oppure la variazione nell'uso delle categorie psicomotorie o l'ampliamento delle loro connessioni. Per l'adeguamento obiettivi possibili sono, ad esempio, l'adattamento tonico-posturale all'azione, all'oggetto o alla psicomotricista, oppure il riconoscimento e l'accettazione di regole. Ovviamente l'elenco non intende essere esaustivo e la formulazione è espressa solo in termini generali perché per noi la progettazione è principalmente una attività di esplorazione concreta tramite le azioni e non un'attività puramente cognitiva che considera gli obiettivi come la ricerca di fini prestabiliti da un piano

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- BERTI E., COMUNELLO F., NICOLODI G. (1988), *Il labirinto e le tracce*, Milano, Giuffré.,
- BERTI E., COMUNELLO F. (1995), *La costruzione del senso – osservazione e interpretazione*, Milano,. Masson.
- VON FOERSTER H. (1982), *Sistemi che osservano*, Roma, Astrolabio, 1987.
- LEBOVICI S. (1985), *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, Borla 1990.
- LAKOFF G. (1987), *Women, Fire and Dangerous Things. What Categories reveal about the Mind*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- MATURANA H., VARELA F. (1980), *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, , Venezia, Marsilio, 1988².
- MORIN E. (1977), *Il metodo – ordine, disordine, organizzazione*, Milano, Feltrinelli 1983.
- MORIN E. (1980), *La vita della vita*, Milano, Feltrinelli, 1987.
- SCHAFFER R. (1971), *La socializzazione nei primi anni di vita*, Bologna, Il Mulino, 1973.
- SCHAFFER R.(ed.) (1977), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, Milano, Franco Angeli, 1984.
- SCHAFFER R., (1984), *Il bambino e i suoi partner*, Milano, Franco Angeli, 1990.

SPARTI F. (1992), *Se un leone potesse parlare – indagine sul comprendere e lo spiegare*, Firenze, Sansoni.

STERN D. (1977). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*, Armando, Roma, 1979.

STERN D. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino Bollati Boringhieri, 1987.

UGAZIO V. (1984), “Oltre la teoria dell’attaccamento”, Prefazione a Schaffer 1984.